



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمان
دانشکده پزشکی مهندس افضلی پور

عنوان:

بررسی فراوانی حملات تشنجی پس از سکته مغزی و عوامل موثر بر آن در بیماران بستری شده در
بیمارستان شفا در سال ۱۳۹۹
مرکز تحقیقات علوم اعصاب- دانشکده پزشکی

اساتید راهنما:

دکتر فرهاد ایرانمنش

دکتر حسینعلی ابراهیمی

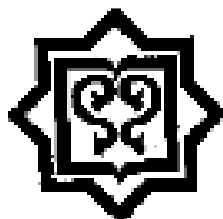
استاد مشاور:

دکتر حمیده ارون

پژوهش و نگارش:

دانیال بهرامی

بهمن ۱۳۹۹



**Kerman University of Medical Sciences
And Health Systems**

Thesis to receive a general doctorate

Title:

**Frequency of seizures after stroke and its effective factors in patients
admitted to Shafa hospital in 2021**

Neuroscience Research Center - School of Medicine

Supervisors:

Dr. Farhad Iranmanesh

Dr. Hossein Ali Ebrahimi

Advisor:

Dr. Hamideh Arvan

Research and writing:

Danial Bahrami

February 2021

فهرست مطالب

۵.....	چکیده فارسی
۹.....	چکیده انگلیسی
۱.....	فصل اول
۱.....	مقدمه
۳.....	۱-۱- استروک (Stroke)
۳.....	۱-۱-۱ ریسک فاکتورهای استروک
۵.....	۱-۲- صرع بعد از استروک (Post stroke epilepsy, PSE)
۵.....	۱-۲-۱ اپیدمیولوژی PSE
۵.....	۱-۲-۲ تقسیم بندی PSE
۶.....	۱-۲-۳ پاتوفیزیولوژی PSE
۷.....	۱-۲-۴ ارتباط وقوع PSE با محل ضایعه
۸.....	۱-۲-۵ ریسک فاکتورهای PSE
۱۰.....	فصل دوم:
۱۰.....	مروری بر مطالعات انجام شده
۱۲.....	۲-۱- هدف کلی طرح :
۱۲.....	۲-۲- اهداف اختصاصی یا ویژه طرح :
۱۳.....	۲-۳- اهداف کاربردی طرح :
۱۳.....	۲-۴- فرضیات یا سؤالات پژوهش
۱۴.....	فصل سوم
۱۴.....	مواد و روش ها
۱۵.....	۳-۱- نوع مطالعه :
۱۵.....	۳-۲- شرایط ورود به مطالعه:
۱۵.....	۳-۳- شرایط خروج از مطالعه:
۱۷.....	فصل چهارم
۱۷.....	نتایج
۱۸.....	مقدمه
۱۸.....	۴-۱- توصیف داده ها
۱۸.....	۴-۱-۱ توصیف شاخص های جمعیت شناختی
۱۸.....	۴-۱-۱-۱ توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر اساس جنسیت
۱۹.....	۴-۲- توزیع فراوان ریسک فاکتورهای عروقی بر اساس حملات تشنجی
۲۲.....	۴-۳- توزیع فراوانی نوع و محل استروک بر اساس حملات تشنجی
۲۴.....	توزیع فراوانی مرگ و میر بر اساس حملات تشنجی
۲۵.....	۴-۴ یافته های تحلیلی اصلی (بررسی فرضیه های تحقیق)
۲۷.....	۴-۵ خلاصه فصل
۲۸.....	فصل پنجم
۲۸.....	بحث و نتیجه گیری
۳۳.....	منابع و مآخذ

فهرست جداول و نمودارها

- جدول ۱-۴ توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر اساس جنسیت..... ۱۸
- نمودار ۱-۴ نمودار توزیع فراوانی افراد مورد بررسی بر اساس جنسیت ۱۹
- جدول ۲-۴ توزیع فراوانی ریسک فاکتورهای عروقی بر اساس حملات تشنجی ۲۰
- نمودار ۲-۴ نمودار درصد فراوانی وقوع تشنج در رابطه با ریسک فاکتورهای استروک ۲۱
- جدول ۳-۴ توزیع فراوانی نوع استروک بر اساس حملات تشنجی ۲۲
- نمودار ۳-۴ نمودار فراوانی وقوع تشنج در رابطه با انواع استروک ۲۲
- جدول ۴-۴ توزیع فراوانی ناحیه استروک بر اساس حملات تشنجی ۲۳
- نمودار ۴-۴ نمودار فراوانی وقوع تشنج در رابطه با محل ضایعه ۲۴
- جدول ۵-۴ توزیع فراوانی مرگ و میر بر اساس حملات تشنجی ۲۴
- جدول ۶-۴ نسبت شانس خام (COR) و تعدیل شده (AOR) عوامل مرتبط با حملات تشنجی ۲۵
- جدول ۷-۴ نسبت شانس خام (COR) و تعدیل شده (AOR) عوامل مرتبط با حملات تشنجی در رابطه با نوع استروک ۲۶
- جدول ۸-۴ نسبت شانس خام (COR) و تعدیل شده (AOR) عوامل مرتبط با حملات تشنجی در رابطه با محل وقوع استروک ۲۶

چکیده فارسی

خلاصه:

یکی از عوارض سکته های مغزی (stroke)، وقوع حملات تشنج پسا استروک می باشد که تاثیر روانی و اجتماعی چشمگیری بر بیماران دارد. تشخیص ایمن صرع امکان درمان متناسب با بیمار و ادامه مراقبت و پشتیبانی بیمار را میسر می کند. هدف از این مطالعه بررسی میزان وقوع حملات تشنجی زودرس پسا استروک در بیماران بستری شده در بیمارستان شفا در سال ۱۳۹۹ می باشد. روش تحقیق: این مطالعه توصیفی بعد از اخذ کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه بر روی ۱۳۴ بیمار با تشخیص استروک بستری شده در بخش اعصاب بیمارستان شفا انجام شد. اطلاعات به دست آمده با استفاده از چک لیست انجام شد. علاوه بر مشخصات دموگرافیک بیماران، اطلاعاتی نظیر نوع استروک،، فرم حملات صرعی، منطقه ی درگیر مغزی، میزان مرگ و میر و ریسک فاکتورهای استروک استخراج و مورد آنالیز قرار گرفت. یافته ها: از ۱۳۴ مورد به طور میانگین ۱۳.۴۳ درصد بیماران مورد بررسی در این تحقیق دچار حملات تشنجی پسا استروک شده اند که ۵۰/۷ درصد موارد زن و ۴۹/۳ درصد مرد بوده اند. میزان ۴۴/۴ درصد موارد با حمله تشنجی بیشتر از ۶۰ سال سن داشته اند. ۶۸.۶۵ درصد از بیماران تشنجی، استروک ایسکمیک، ۲۰.۸۹ درصد استروک هموراژیک و ۱۱.۱۹ درصد آمبولی داشته اند. شایعترین منطقه ی درگیر در استروک به ترتیب در ناحیه Basal (۱۶.۲۳ درصد)، Temporal (۱۳.۶ درصد) و Parital (۱۲.۹۹ درصد) بوده است این نتایج هم چنین نشان می دهد بین استروک در ناحیه temporal با حملات تشنجی رابطه معنی دار وجود دارد. هم چنین از افراد با حمله تشنجی، ۱۶/۷ درصد در بیش از یک ناحیه استروک داشتند. رابطه معنی دار بین میزان حملات تشنجی و مرگ و میر رابطه مشاهده نشد. وقوع حملات تشنج پسا استروک مستقل از ریسک فاکتورهای دخیل در استروک بوده است می باشد

نتیجه گیری: اختلاف معنی دار از نظر جنسیت از نظر وقوع حملات تشنجی پسا استروک وجود نداشته است و بیشترین موارد حمله تشنجی بعد از استروک های ایسکمیک دیده می شود. شایعترین منطقه

ی درگیر در استروک در ناحیه Basal بوده است. وقوع حملات تشنج پسا استروک مستقل از ریسک فاکتورهای دخیل در استروک بوده است.

پیشنهاد برای پژوهشهای آینده : انجام مطالعه با حجم نمونه بیشتر و دوره پیگیری طولانیتر برای دستیابی به نتایج دقیق تر و تعیین نقش درمان دارویی ضد تشنج جهت پیشگیری از بروز حملات تشنجی در مبتلایان به استروک متناسب با نوع و محل ضایعه توصیه میشود . هم چنین تعیین زودرس یا دیررس بودن تشنجات در مطالعات گسترده تر توصیه می شود.

کلیدواژه: استروک، تشنج پسا استروک استروک زودرس

پیشگفتار و هدف

سکته مغزی (Stroke)، یکی از علل عمده ناتوانیهای درازمدت فیزیکی، شناختی، عاطفی و اجتماعی است . افزون بر این در مقایسه با اختلال عصبی که در فاز حاد رخ میدهد ، عوارض نادری هم وجود دارد که اغلب نادیده گرفته میشود. این عوارض تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی انسان و نتایج و شانس توانبخشی دارد که شامل تشنج، زوال عقل، افسردگی و خستگی پس از استروک است. از سویی تشنجهای صرعی تاثیر روانی و اجتماعی چشمگیری بر بیماران دارد. حتی در افراد دچار صرع خفیف که به خوبی کنترل شده اند، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بویژه در حوزه کارکرد اجتماعی را به طور قابل توجهی پایینتر از حد نرمال جامعه نشان میدهد. در یک جامعه مسن، با توجه به بهبود روشهای درمان استروک که میزان بقای بیماران را افزایش داده، پیدا کردن روشهایی برای پیشگیری از تشنجهایی که تاثیر اجتماعی و روانی بسزایی در زندگی بیماران دارد، حیاتی است. پیشبینی اینکه چه کسی به تشنج پسا استروک دچار خواهد شد دشوار است. با این وجود برخی عوامل خطر شناخته شده مرتبط با شیوع بالاتر تشنج پسا استروک وجود دارد. در مطالعات مختلف، فراوانی تشنج های پسا استروک و تعداد بیماران، معیارهای ورود به مطالعه و زمانهای پی گیری مطالعات متفاوت می باشد. از همه مهمتر عوامل زمینه ساز متفاوتی برای تشنج پسا استروک در مطالعات مختلف معرفی شده است. با توجه به

اهمیت و نقشی که بروز چنین تشنجهایی در پیش آگهی بیماران دچار سکته مغزی دارد، اگر عوامل مرتبط با آنها به درستی شناخته شود، کمک زیادی در نگهداری کیفیت زندگی این بیماران خواهد داشت. هدف اصلی این مطالعه ، تعیین شیوع تشنج پسا استروک و روشن شدن عوامل مرتبط با آن در بیماران بستری شده در بیمارستان شفا می باشد.

چکیده انگلیسی

Abstract

One of the complications of stroke is the occurrence of post-stroke seizures, which has a significant psychological and social impact on patients. The safe diagnosis of epilepsy allows for appropriate treatment of the patient and continuing the care and support of the patient. The aim of this study was to evaluate the incidence of early post-stroke seizures in patients admitted to Shafa Hospital in 1399. Methods: This descriptive study was performed on 134 patients with a diagnosis of stroke which were admitted to the neurology ward of Shafa Hospital after obtaining an ethics code from the Ethics Committee of the University. The information were obtained using a checklist. In addition to the demographic characteristics, information such as the type of stroke, the form of epileptic seizures, the area involved in the brain, the mortality rate and the risk factors for stroke were extracted from the checklist and analyzed. Results: Out of 134 cases, an average of 13.43% of the patients exhibited post-stroke seizures, of which 50.7% were female and 49.3% were male. A percentage of 44.4% of cases with seizures were aged more than 60 years old and 68.65% of patients with seizures, were from ischemic stroke, 20.89% from hemorrhagic stroke and 11.19% from emboli. The most common areas involved in stroke were basal (16.23%), Temporal (13.6%) and Parital (12.99%) respectively. There is a significant relationship between seizures and strokes in the temporal area. Also, 16.7% of people with seizures had a stroke in more than one area in the brain. No significant relationship was observed between seizure rate and mortality. The occurrence of post-stroke seizures is independent from the risk factors involved in stroke. Conclusion: There was no significant difference in terms of gender in post-stroke seizures and most cases of seizures are seen after ischemic strokes. The most common area involved in stroke was the basal region. The occurrence of post-stroke seizures was independent from the risk factors involved in stroke.

Recommendation for future research: It is recommended to conduct a study with a larger sample size and a longer follow-up period to obtain more accurate results and to determine the role of anticonvulsant drug therapy to prevent seizures in patients with stroke according to the type and location of the lesion. Determining whether seizures are premature or late is also recommended in more extensive studies.

منابع و مأخذ

References:

1. Menken M, Munsat TL, Toole JF. The Global Burden of Disease Study. *Arch Neurol*. 2000;57(3):418.
2. Azarpazhooh MR, Etemadi MM, Donnan GA, Mokhber N, Majdi MR, Ghayour-Mobarhan M, et al. Excessive incidence of stroke in iran: Evidence from the mashhad stroke incidence study (MSIS), a population-based study of stroke in the middle east. *Stroke*. 2010;41(1):3–11.
3. Haacke C, Althaus A, Spottke A, Siebert U, Back T, Dodel R. Long-term outcome after stroke: Evaluating health-related quality of life using utility measurements. *Stroke*. 2006;37(1):193–8.
4. Choudhury MJH, Chowdhury MTI, Nayeem A, Jahan WA. Modifiable and Non-Modifiable Risk Factors of Stroke: A Review Update. *J Natl Inst Neurosci Bangladesh*. 2015;1(1):22–6.
5. Ferri CP, Schoenborn C, Kalra L, Acosta D, Guerra M, Huang Y, et al. Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2011;82(10):1074–82.
6. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart Disease and Stroke Statistics'2017 Update: A Report from the American Heart Association. Vol. 135, *Circulation*. 2017. 146–603 p.
7. Archive of SID گنیدلوه یاه مت کرش در کلمه و کیژتار تسال رتندک کبسه Archive of SID. :8–10.
8. Burn J, Dennis M, Bamford J, Sandercock P, Wade D, Warlow C. Epileptic seizures after a first stroke: The Oxfordshire community stroke project. *Br Med J*. 1997;315(7122):1582–7.
9. Argyriou AA, Papapetropoulos S, Polychronopoulos P, Corcondilas M, Argyriou K, Heras P. Psychosocial effects and evaluation of the health-related quality of life in patients suffering from well-controlled epilepsy. *J Neurol*. 2004;251(3):310–3.
10. Hatano S. Variability of the diagnosis of stroke by clinical judgement and by a scoring method. *Bull World Health Organ*. 1976;54(5):533–40.
11. Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Warlow C, Jones L, Mcpherson K, et al. A prospective study of acute cerebrovascular disease in the community: the Oxfordshire Community Stroke Project 1981-86 1. Methodology, demography and incident cases of first-ever stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1988;51(11):1373–80.
12. Murakami K, Asayama K, Satoh M, Inoue R, Tsubota-Utsugi M, Hosaka M, et al. Risk factors for stroke among young-old and old-old community-dwelling adults in Japan: The Ohasama study. *J Atheroscler Thromb*. 2017;24(3):290–300.
13. White H, Boden-Albala B, Wang C, Elkind MSV, Rundek T, Wright CB, et al.

- Ischemic stroke subtype incidence among whites, blacks, and Hispanics: The northern Manhattan study. *Circulation*. 2005;111(10):1327–31.
14. Chambless LE, Folsom AR, Clegg LX, Sharrett AR, Shahar E, Nieto FJ, et al. Carotid wall thickness is predictive of incident clinical stroke: The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Am J Epidemiol*. 2000;151(5):478–87.
 15. Lee EJ, Kim HJ, Bae JM, Kim JC, Han HJ, Park CS, et al. Relevance of common carotid intima-media thickness and carotid plaque as risk factors for ischemic stroke in patients with type 2 diabetes mellitus. *Am J Neuroradiol*. 2007;28(5):916–9.
 16. Korja M, Lehto H, Juvela S, Kaprio J. Incidence of subarachnoid hemorrhage is decreasing together with decreasing smoking rates. *Neurology*. 2016;87(11):1118–23.
 17. Broderick JP, Phillips SJ, O'fallon WM, Frye RL, Whisnant JP. Relationship of cardiac disease to stroke occurrence, recurrence, and mortality. *Stroke*. 1992;23(9):1250–6.
 18. Connolly AM, Northcott E, Cairns DR, McIntyre J, Christie J, Berroya A, et al. Quality of Life of Children With Benign Rolandic Epilepsy. *Pediatr Neurol*. 2006;35(4):240–5.
 19. Myint PK, Staufenberg EFA, Sabanathan K. Post-stroke seizure and post-stroke epilepsy. *Postgrad Med J*. 2006;82(971):568–72.
 20. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Incidence of Epilepsy and Unprovoked Seizures in Rochester, Minnesota: 1935–1984. *Epilepsia*. 1993;34(3):453–8.
 21. Guekht A, Bornstein NM. Seizures after stroke. *Handb Clin Neurol*. 2012;108:569–83.
 22. So EL, Annegers JF, Hauser WA, O'Brien PC, Whisnant JP. Population-based study of seizure disorders after cerebral infarction. *Neurology*. 1996;46(2):350–5.
 23. Elias D, Rubino FA. Postinfarction Seizures. *Stroke*. 1988;19:1477–81.
 24. Berger AR, Lipton RB, Lesser ML, Lantos G, Portenoy RK. Early seizures following intracerebral hemorrhage: Implications for therapy. *Neurology*. 1988;38(9):1363–5.
 25. Lambrakis CC, Lancman ME. The phenomenology of seizures and epilepsy after stroke. *J Epilepsy*. 1998;11(5):233–40.
 26. Sung CY, Chu NS. Epileptic seizures in intracerebral haemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1989;52(11):1273–6.
 27. Macfarlane R, Moskowitz MA, Sakas DE, Tasdemiroglu E, Wei EP, Kontos HA. The role of neuroeffector mechanisms in cerebral hyperperfusion syndromes. *J Neurosurg*. 1991;75(6):845–55.

28. Lancman ME, Golimstok A, Norscini J, Granillo R. Risk Factors for Developing Seizures After a Stroke. *Epilepsia*. 1993;34(1):141–3.
29. Pitkänen A, Roivainen R, Lukasiuk K. Development of epilepsy after ischaemic stroke. *Lancet Neurol*. 2016;15(2):185–97.
30. Awada A, Omojola MF, Obeid T. Late epileptic seizures after cerebral infarction. *Acta Neurol Scand*. 1999;99(5):265–8.
31. Zhang C, Wang X, Wang Y, Zhang J, Hu W, Ge M, et al. Risk factors for post-stroke seizures : A systematic review and meta-analysis. 2014;1806–16.
32. Arntz R, Rutten-Jacobs L, Maaijwee N, Schoonderwaldt H, Dorresteyn L, van Dijk E, et al. Post-Stroke Epilepsy in Young Adults: A Long-Term Follow-Up Study. *PLoS One*. 2013;8(2).
33. Tanaka T, Yamagami H, Ihara M, Motoyama R, Fukuma K, Miyagi T, et al. Seizure outcomes and predictors of recurrent post-stroke seizure: A retrospective observational cohort study. *PLoS One*. 2015;10(8):1–12.
34. Wang G, Jia H, Chen C, Lang S, Liu X, Xia C, et al. Analysis of risk factors for first seizure after stroke in chinese patients. *Biomed Res Int*. 2013;2013.
35. Leone MA, Tonini MC, Bogliun G, Gionco M, Tassinari T, Bottacchi E, et al. Risk factors for a first epileptic seizure after stroke: A case control study. Vol. 277, *Journal of the Neurological Sciences*. 2009. p. 138–42.
36. Yang H, Song Z, Yang GP, Zhang BK, Chen M, Wu T, et al. The ALDH2 rs671 polymorphism affects post-stroke epilepsy susceptibility and plasma 4-HNE levels. *PLoS One*. 2014;9(10).
37. Reddy DS, Bhimani A, Kuruba R, Park MJ, Sohrabji F. Prospects of modeling poststroke epileptogenesis. *J Neurosci Res*. 2017;95(4):1000–16.
38. Gibson LM, Hanby MF, Al-Bachari SM, Parkes LM, Allan SM, Emsley HCA. Late-onset epilepsy and occult cerebrovascular disease. *J Cereb Blood Flow Metab*. 2014;34(4):564–70.
39. Silverman IE, Restrepo L, Mathews GC. Poststroke seizures. *Arch Neurol*. 2002;59(2):195–201.
40. 839-843_Cheung_JON-1091 _ Enhanced Reader.pdf.
41. Kammersgaard LP, Olsen TS. Poststroke epilepsy in the Copenhagen stroke study: Incidence and predictors. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2005;14(5):210–4.
42. Alberti A, Paciaroni M, Caso V, Venti M, Palmerini F, Agnelli G. Early seizures in patients with acute stroke: Frequency, predictive factors, and effect on clinical outcome. *Vasc Health Risk Manag*. 2008;4(3):715–20.
43. Aminoff M, Greenberg D SR. *Harrison's principles of internal medicine*. New

York: Mcgrawhill; 2005.

44. Khandaghi R YM. Evaluation of early seizures in acute cerebrovascular accidentsNo Title. In: 3th Congress of Epilepsy. ehan; 2006.
45. Misirli H, Özge A, Somay G, Erdoğan N, Erkal H, Erenoğlu NY. Seizure development after stroke. *Int J Clin Pract*. 2006;60(12):1536–41.
46. Benbir G, Ince B, Bozluolcay M. The epidemiology of post-stroke epilepsy according to stroke subtypes. *Acta Neurol Scand*. 2006;114(1):8–12.
47. Kilpatrick CJ, Davis SM, Tress BM, Vandendriesen ML, Hopper JL, Rossiter SC. Epileptic Seizures in Acute Stroke. *Arch Neurol*. 1990;47(2):157–60.
48. Koochaki E, Daneshvar R, Attacks S, Accidents C. *c r v i h o e h c i v o e*. 2013;29–32.
49. Ghandehari K. Evaluation of early seizures in stroke patients. *JBUMS*. 2005;7:71–5.
50. Imp - Prevalence of Post.
51. Ferro JM, Pinto F. Poststroke epilepsy: Epidemiology, pathophysiology and management. *Drugs and Aging*. 2004;21(10):639–53.
52. Ahmadi Ahangar A HS. Seizure Attacks following brain stroke in patients admitted to Shahid Yahyanejad Hospital in Babol from 2002 to 2004. *JBUMS*. 2006;8:47–54.
53. Szaflarski JP, Rackley AY, Kleindorfer DO, Khoury J, Woo D, Miller R, et al. Incidence of seizures in the acute phase of stroke: A population-based study. Vol. 49, *Epilepsia*. 2008. p. 974–81.
54. Aminoff M, Greenberg D SR. *Clinical neurology*. Stamford: Appleton and Lange; 2000.
55. Saberi A G, AR, Kazemnejad E, Nasiri M KS. Post-Stroke Seizure and Its Risk Factors. *J Guilan Univ Med Sci*. 2017;26:1–13.
56. Beghi E, D'Alessandro R, Beretta S, Consoli D, Crespi V, Delaj L, et al. Incidence and predictors of acute symptomatic seizures after stroke. *Neurology*. 2011;77(20):1785–93.
57. Zhao Y, Li X, Zhang K, Tong T, Cui R. The Progress of Epilepsy after Stroke. *Curr Neuropharmacol*. 2017;16(1):71–8.



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کرمان

دانشکده پزشکی - آموزش بالینی

نمره نهایی دفاع از پایان نامه

پایان نامه تحصیلی دکتر دانیال بهرامی

تحت عنوان: بررسی فراوانی حملات تشنجی پس از سکنه مغزی در بیماران بستری شده در بیمارستان شفا در سال

1399

جهت دریافت درجه دکترای پزشکی عمومی

در تاریخ 99/11/20 باحضور اساتید راهنما و اعضای محترم هیئت داوری دفاع و با میانگین نمره 20 مورد تایید قرار گرفت.

سمت	استاد راهنما
استاد	دکتر حسینعلی ابراهیمی
استاد	دکتر قهراد ایرائمتش
سمت	استاد مشاور
استادیار	دکتر حمیده آرون

مهر و امضای مسئول شورای پژوهشی بالینی

برستان

.....
.....
.....



فرم شماره ۳- صور تجلسه دفاع از پایان نامه

جلسه دفاع از پایان نامه خانم آقای دانشجوی دوره دانشکده پزشکی اهلی پور با عنوان
.....
..... تاریخ یا حضور اعضاء محترم هیئت داوران و نماینده دانشکده پزشکی برگزار گردید.

صحت	نام و نام خانوادگی	نمره (از بیست)	مهر و امضاء
استاد (ان) راجعنا	آقای دکتر محمد علی...	۲۰	
استاد (ان) مشهور	آقای دکتر...	۲۰	
عضو هیئت داوران	دکتر...	۲۰	
عضو هیئت داوران	دکتر...	۲۰	
عضو هیئت داوران	دکتر...	۲۰	
عضو هیئت داوران	دکتر...	۲۰	
عضو هیئت داوران (نماینده شورای پژوهش بالینی)	دکتر...	۲۰	

پس از استماع مراحل اجرا و نتایج حاصله، پایان نامه با درجه و نمره (از بیست) مورد تایید قرار گرفت.
روال برگزاری جلسه دفاع از پایان نامه و صحت مدارک ارائه شده شامل خلاصه مقالات و مقالات استخراج شده از پایان نامه مورد تایید
اینجانب نماینده شورای پژوهش بالینی می باشد.

.....
.....
.....

کرمان - انتهای بلوار ۲۲ بهمن، دانشکده اهلی پور

تلفن: ۳۳۲۱۶۶۰-۳ نمابر: ۳۳۲۱۶۷۱

am.kmu.ac.ir - medicalschool@kmu.ac.ir